

藤女子大学紀要, 第 46 号, 第 II 部: 119-127, 平成 21 年.
Bull. Fuji Women's University, No. 46, Ser. II: 119-127. 2009.

ドイツにおける終末期医療の現在

堀 井 泰 明

はじめに — 終末期医療をめぐる日本の現状

尊厳死や安楽死といったテーマがマスコミで頻繁に取り上げられるようになって久しい。そもそも、不平等だらけの世の中であって、誰の人生にも最後にはどういう形であれ等しく死が訪れる、ということにわれわれはこれまであまりにも注意を払ってこなかったのかもしれない。誰もが必ず迎えるその死をどのように送るべきか、また送らせてあげるべきか、という議論が日本でもようやくここ数年で本格的に始まったのである。

もちろん安楽死といった問題については以前から日本でも議論の歴史があり、たとえば文豪森鴎外がその名著『高瀬舟』の中でそれを取り上げているのは周知の事実であろう。戦後は司法の場において 1962 年の名古屋農薬殺人事件や 1991 年の東海大学付属病院安楽死事件などが裁かれ、社会的な議論を呼び起こした。

翻って、人として尊厳ある死に方や患者が望む死別のあり様についての議論はしかし、日本ではけっして古いものとも言い切れない。この点について、日本尊厳死協会などは 1960 年代から社会に向けた問題提起を行ってきたが、医療の場で実際にそれに対する取り組みがたとえばホスピス病棟の開設という形で導入されたのは、日本では 1981 年の聖隷クリストファー病院（浜松）が第一号である。その後は淀川キリスト教病院（大阪市）や聖ヨハネ会桜町病院（小平市）などミッション系の病院が中心になって全国に広まってきた。こうしたホスピス運動は、非ミッション系の多くの病院では緩和ケア病棟という名で展開され、たとえば本道の東札幌病院や日鋼記念病院などがその例である。現在ではこうした緩和ケア病棟・ホスピス病棟は日本全国に 230 病棟以上あり、全体で 3000 床以上あるが、1 年間に 30 万人以上がガンで亡くなっていることを考えると、けっして多すぎる数とは言えない。

こうした中、2004 年 2 月に北海道立羽幌病院で起きた人工呼吸器取り外し事件は、終末期医療のあり方をめぐって医療関係者の大きな波紋を呼んだ。この事件では心肺停止状態で担ぎ込まれた 90 代男性患者に対して蘇生術を施し、一命を取り留めた数日後、意識が戻らないと判断した担当医師が家族の前で患者の人工呼吸器を外し、死亡するのを確認したのち自ら警察に異状死と届け出て発覚したものだった。その後同医師は書類送検されたが、検察は死亡と呼吸器外しとの因果関係が不明との理由で不起訴処分としている。また、2006 年 3 月には富山県の射水市民病院にて外科医師が担当患者の人工呼吸器を外しこれまでに患者 7 人が死亡したと告白する事件もあり、これら最近の事件をきっかけに、末期患者に対してどこまで延命の処置を続けるべきかという、いわゆる延命治療中止（差し控え）の問題、あるいは尊厳死の問題が正面から議論され始めた。

その後 2007 年 2 月には日本救急医学会が終末期医療のガイドラインを出し、延命のための治療は本人からの申出等があれば差し控えもしくは中止してもよい旨提言を行っている。また同じく 2007 年 5 月には厚生労働省が終末期医療のためのガイドラインを打ち出し、その中で患者本人の意思を尊重することが最重要であるとの見解を示し、本人の意向が明白であると医療チーム全体が認めるならば延命のためだけの治療は中止できるという見解を出している。現在日本では終末期医療に関連する法律や法的規定がないため、多くの医療者はたとえ末期であろうとも治療をしない場合殺人罪等に問われる可能性は残ったままだが、治療中止に対する「患者本人の自己決定」が明示され、病状が「治療義務の限界」を超えていると見なされるならば、延命のための治療を中止もしくは差し控えても問題ないという流れになりつつある。

ドイツの終末期医療の歩み

そのような日本の現状に対して、何らかの示唆を与えてくれると思われるのがドイツの現状である。もとより明治期に始まる日本での西洋医学の導入がおもにドイツ医学の輸入であったことは周知の事実であるが、医療体制そのものについても両者の相似点が多い。たとえば国民全員が公的健康保険にカバーされる点¹や、医師を頂点としたヒエラルキー構造が依然として現場に残存する点など、無保険者が多数存在し、看護師の裁量が広く認められ、医師と看護師それぞれの専門性が明確にされる北米型の医療体制よりはるかに共通点が多い。

さらに、終末期医療をめぐる議論の進み具合にも共通点が多い。たとえば、オランダとベルギー、米国オレゴン州で法律上認められ、オーストラリアや米国の複数の州で住民投票にかけられた安楽死の問題についても、ドイツは日本と同様非常に消極的な立場にいる。もちろんそれは、ドイツの場合ナチス政権のT4計画などによって実行された戦時下での多くの安楽死事件に対する反省から来ているであろうことは、容易に想像がつく。いずれにせよ、相違点以上に共通点の多いドイツの現状を知ることが、現代日本の問題を考える上でいろんな意味で示唆を与えてくれるであろうことを主張してもおかしくはあるまい。

そこでまず、ドイツにおける緩和ケアの歴史を振り返ってみることにする。1967年に英国ロンドンにおいてシシリー・ソングースが創設したセント・クリストファー・ホスピスが現代の緩和ケアの先駆けといわれるが、その影響を受けて、ドイツでは1983年にケルン大学付属病院の中に初めて緩和ケア病棟が設立されたという。現在ではドイツ国内に300を超える緩和ケア病棟とホスピス病棟が存在している。

2003年にはドイツ医師会が、緩和医学(Palliativmedizin)コースを医師の卒後研修モデルに追加させることを決め、その後全州で導入されている²。現在緩和医学の講座を置く大学は、アーヘン、ボン、ケルン、ミュンヘン、ゲッティンゲンとなっている。なお、1992年にはドイツホスピス・緩和ケア連盟(DHPV)が創立され、1994年にはドイツ緩和医学学会(DGP)も設立され、隔年で集会を開いているという。

死をめぐる日独比較

では、こうした緩和ケアの主たる対象となるがん(悪性腫瘍、悪性新生物)患者はドイツではどれくらいいるのだろうか。1993年から2003年までの統計を見ると、ドイツ国内の死亡者数は年間約85万人前後であるが、そのうちがんで死亡する人数はずっと横ばいで年間約21万人である。日本の年間死亡者数(2002年)が約98万人でそのうちがんによる死亡者数が約30万人³であるのを考えると、がんによる死亡率は日本よりも少ない。なお、ドイツではがんによる死亡の中でも死者数が多いのは、胃がんや大腸がん、膵臓がんといった消化器系のがんで約7万人、次いで呼吸器系のがんが約4万人、そして乳がんが約1万8千人となっている⁴。

次に、こうしたがん患者がどこで最期を迎えているかということ、たとえばドイツ北西部のラインランド・プファルツ州では、1995年には44%のがん患者が病院でなくなり、13%が老人施設で、そして、37%が主として自宅で亡くなっているという⁵。同様に東部のイエーナ市では、1999年には55%のがん患者が病院で死亡しており、16%が老人施設で、29%が自宅となっており⁶、この数字は他の欧米諸国の数値とほぼ相似している。

日本の場合は、たとえば2001年では年間死者

¹たとえば2005年1月時点では8250万のドイツ国民のうち、約90パーセントが日本でいう共済組合と同等の疾病金庫(Krankenkasse)と呼ばれる公的医療保険に加入しており、約10%が民間医療保険に加入している。『ドイツ医療関連データ集(2005年版)』医療経済研究機構、平成18年3月、93頁。

² Palliativmedizin, wikipedia. de

³ 終末期医療に関する調査等検討会編『今後の終末期医療の在り方』中央法規、2005年、169頁。

⁴ 前掲『ドイツ医療関連データ集』16-19頁。

⁵ Ochsmann, Sterbeorte in Rheinland-Pfalz: Zur Demographie des Todes, *Beitraege zur Thanatologie*, Heft 8, Johannes-Gutenberg-Uni. Mainz, 1997.

⁶ <http://www.hospiz-jena.de/pages/forschung/sterbeorte.asp>

97万人のうち、81%は病院で、3%は老人施設等で、残りの16%が自宅等で亡くなっている⁷。しかしがん患者だけで見ると、2002年では全国のがんによる死者30万4568人のうち93%が病院等施設内で亡くなり、自宅はわずか6%、さらにホスピスや緩和ケア病棟では3%となっており⁸、ドイツとの違いが際立つ。

こうしたがん患者を主たる対象にする緩和ケアおよびホスピスカを展開する施設等であるが、ドイツホスピス・緩和ケア連盟（DHPV）によると現在では162の施設ホスピス（stationäre Hospiz）と、166の緩和ケア病棟（Palliativstation）、在宅ホスピス・サービス（ambulante Hospiz）を提供する事業所が約1500か所、そしてホスピスボランティアとして働く市民約80000人がいるという。その数がここ10数年の間に急速に増えたことは図1および2のグラフからも明らかである。

なお、日本では2008年1月現在全国で施設ホス

ピスおよび緩和ケア病棟は、両方合わせても177施設（3405床）にとどまり、1990年代中頃まではドイツと施設数では大差なかったが、その後ドイツのほうが2倍近く日本を上回ったことになる。また、末期がん患者に対する在宅ケアを提供している医療機関の数も全国で約660施設（在宅ホスピス協会調べ）となっており、これもドイツの半分以下となる。

とはいえ、ドイツでの診療はもともと、まず地域で開業している家庭医（総合医）が疾患全般を診たのちに専門医や病院へと患者が紹介されていく流れとなっており、家庭医と患者との関係は日本における医師－患者関係とは比較にならないほど近いと言われる。さらにドイツではこうした「家庭医モデル」が2004年度施行された公的医療保険近代化法（GMG）においては医療費上昇を抑える目的で全国的に導入されている。このような背景が、在宅患者への様々な支援を提供しうる土壌となっていると言える。

Entwicklung der stationären Hospize und Palliativstationen - einschließlich der spezialisierten Einrichtungen für Kinder

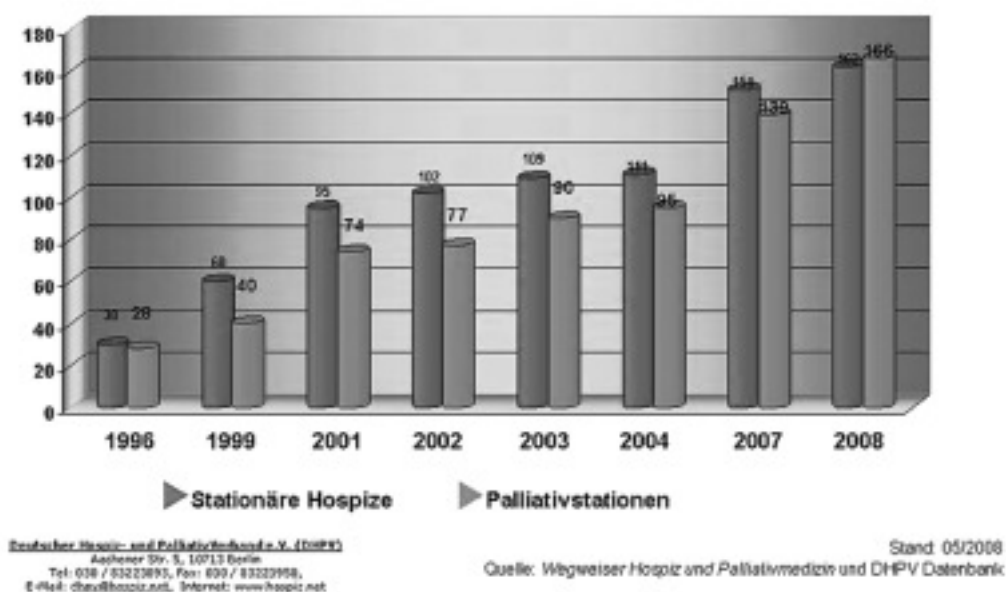
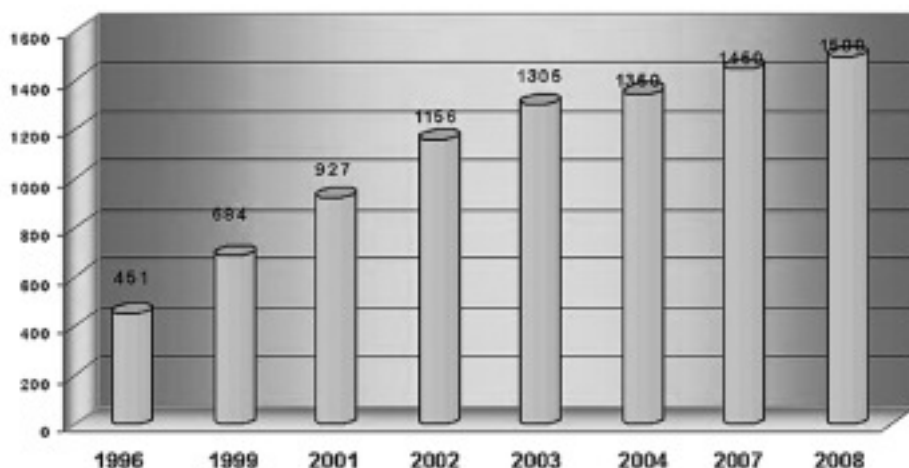


図1 ドイツにおけるホスピスおよび緩和ケア病棟の総数の推移（DHPV より）

⁷ 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年人口動態統計」。

⁸ 前掲『今後の終末期医療の在り方』、169頁。

Entwicklung der ambulanten Hospiz- und Palliativdienste - einschließlich der spezialisierten Dienste für Kinder



Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV)
 Aachener Str. 6, 10013 Berlin
 Tel: 636 / 6322993, Fax: 636 / 63229956,
 E-Mail: dhpv@hospiz.net, Internet: www.hospiz.net

Stand: 05/2008

Quelle: Wegweiser Hospiz und Palliativmedizin und DHPV Datenbank

図2 ドイツにおける在宅ホスピスを提供する事業者数の推移 (DHPV より)

ドイツの終末期医療の特徴

ドイツにおける終末期医療は、特に日本と比べた場合大きな特徴がある。それは、緩和ケア病棟 (PCU) とホスピス病棟とを明確に区別している点と、専門医や看護師といった病棟スタッフに加えて地域で開業しながら長年その患者を診てきた家庭医 (Hausarzt) も連携しながらケアにあたる点である。

まず最初の点でいうと、日本の場合緩和ケア病棟とホスピス病棟とのあいだには医療行政上も明確な区別がない。たとえば1990年に診療報酬上も制度としてホスピス等を認めにもかかわらず、診療報酬の名目では緩和ケア病棟入院料と緩和ケア診療加算があるだけで、ホスピスと名乗ろうが緩和ケア病棟と名乗ろうが同じ扱いである。これに対してドイツの場合両者の間には明確な線引きがある。

まずドイツの緩和ケア病棟の特徴を要約すると、

加藤の言葉を借りれば⁹、①病院附属が原則、②がんおよびその他の治癒不可能な疾病を持つ患者の終末期ケアのうち、急性期 (acute crisis) を診る、③医師主導の完全な急性期医療モデル、④症状がとれれば元の臨床科あるいは自宅に帰る (ターミナル期であればホスピスへ移る)、⑤在院日数は平均8-20日、⑥在院死亡率は約30%、⑦ボランティアはほとんどいない、と表現できる。さらにホスピスとの制度上の違いとして、緩和ケア病棟で適用されるのは医療保険である。

これに対してホスピスは、①独立型が原則、②がんおよび他の治癒不可能な患者の、安定したターミナル期の患者のみをみる (死の場所)、③看護師主導の慢性期モデル、④医師は常駐しない、⑤在院日数は3-4カ月、⑥自宅に帰ることはまずない、⑦少数のボランティアの存在、などが指摘される。さらに加えて言えば、制度上の違いとして、滞在型であるホスピスでは医療保険ではなく介護保険が適用され、また施設運営費の10%は

⁹ 加藤恒夫「ドイツ緩和ケアの現状と将来—緩和ケアの機能分化と適応の拡大」『週刊医学界新聞』第2648号、2005年9月5日。

法令により寄付で賄わなければならないとされている。

緩和ケアとホスピスとのこうした違いは、そもそも両者が異なる流れの中から生まれた点から来ている。つまり、「緩和ケアは医療者の側から始まったもので、ホスピスは市民の側から始まった運動」¹⁰ という点である。終末期にある患者の様々な痛みに対して、医療者が医学的に取り組む緩和ケアに対して、最期をどのように過ごしたいか、患者や家族の様々な望みから生まれたのがホスピスなのである。それはいわば、マイスター制度に象徴されるように専門職が崇拜されるドイツ社会において、高い権威を持つ医療者に対抗する形で市民側からおきた運動の成果とも言えよう。

ホスピスと緩和ケア病棟の現状 —— ムンヘンでの現地視察から

こうした緩和ケア病棟とホスピスであるが、前者ががん急性期の疼痛緩和に主力を注ぎ、後者は前者と連携しながら終末期の看取りを行うという形で、ドイツでは機能的に住み分けがなされているのである。その実情を次に、ドイツ南部の主要都市ムンヘン市での現地視察をもとに報告したい。今回紹介するのは2006年3月に視察した、市内の「慈悲深い兄弟会（Barmherzige Brüder）病院」に併設された「ヨハネ・ホスピス（Johannes-Hospiz）」と「聖ヨハネ・ア・デオ・緩和ケア病棟（Palliativstation St. Jphannes von Gott）」である。

慈悲深い兄弟会は、日本では「ヨハネ会」と呼ばれ、世界各地で病院を作りながら病者や障害者への奉仕活動を展開しているカトリック修道会である。日本のホスピスの草分け的存在の一つである「聖ヨハネホスピス」を併設する東京の桜町病院も同会のシスターが運営している。ムンヘンの「慈悲深い兄弟会病院」は、ベッド数が372床、麻酔科と救急外来、外科、内科、整形外科、泌尿器科、放射線科、耳鼻咽喉科、口腔外科、婦人科そしてリハビリテーション科のある総合病院で、医師60人、看護師250人、その他スタッフ190人をおかえる、ムンヘン市内でも比較的規模の大きい病院である。市内西部にあるニンプフェンブ

ルク城に敷地が隣接し、市中心部に近い割に緑も多く、周辺は高級住宅街となっている。また、カトリック修道会の運営する病院だけあって、院内には教会と見間違ふほど立派で趣のあるチャペルがあり、そこは誰でも訪れることができ、そのためたえず祈りをささげる人の姿があった。

1) ヨハネ・ホスピス Johannes-Hospiz

まず、ヨハネ・ホスピスだが、施設長のグレゴール・リンネマン氏によると2004年に同病院に隣接して設立され、市内では2番目に開設されたホスピスである。全室個室で全12床あるが、実は人口が優に100万人を超えるムンヘン市全体でも、施設ホスピスは合計30床と少ないという。医師は常駐しておらず、必要場合は隣接の緩和ケア病棟から出向いてくるほか、患者がかかりつけている地域の家庭医とも連携するという。ドイツのホスピスは滞在型で看取りの介護中心であり、スタッフも医師ではなく看護師が中心となる。そのためこのホスピスでは施設長のリンネマン氏自身も看護師である。患者一人につき看護師を1.3人以上配置する手厚い体制をとっているという。

同氏によると、患者のほとんどは入所後20日以内に亡くなるという。表1はヨハネ・ホスピスの入所料を示したものであり、縦軸が入所日数で下に行くほど長く、横軸が要介護の段階を示し左から要介護Ⅰ、要介護Ⅱ、要介護Ⅲ、緊急介護というレベルで、右に行くほど手厚い介護を要する状態を示す。この表からもわかるように、介護や看



ヨハネ・ホスピスの外観

¹⁰ 前掲、加藤。

Johannes - Hospiz

Eigenanteil der Patienten ab 01.01.2006

Die Abrechnung erfolgt je Kalendemonat des Aufenthaltes

Tage der Unterbringung	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Härtefall
1	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0,00	0,00	0,00	0,00
3	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,00	0,00	0,00	0,00
5	0,00	0,00	0,00	0,00
6	0,00	0,00	0,00	0,00
7	0,00	0,00	0,00	0,00
8	0,00	0,00	0,00	0,00
9	0,00	0,00	0,00	0,00
10	0,00	0,00	0,00	0,00
11	0,00	0,00	0,00	0,00
12	0,00	0,00	0,00	0,00
13	0,00	0,00	0,00	0,00
14	0,00	0,00	0,00	0,00
15	0,00	0,00	0,00	0,00
16	0,00	0,00	0,00	0,00
17	59,05	0,00	0,00	0,00
18	122,70	0,00	0,00	0,00
19	186,35	0,00	0,00	0,00
20	250,00	0,00	0,00	0,00
21	313,65	57,65	0,00	0,00
22	377,30	121,30	0,00	0,00
23	440,95	184,95	31,95	0,00
24	504,60	248,60	95,60	0,00
25	568,25	312,25	159,25	0,00
26	631,90	375,90	222,90	0,00
27	695,55	439,55	286,55	30,55
28	759,20	503,20	350,20	94,20
29	822,85	566,85	413,85	157,85
30	886,50	630,50	477,50	221,50
31	950,15	694,15	541,15	285,15

表1 ヨハネ・ホスピスの入所料

護ケアの必要度が最も少ない患者でさえ16日目までの入所は無料ですべて公的介護保険で賄われ、もっとも支援を必要とする緊急介護レベルの患者だと、26日目まで費用は一切かからないことになる。リンネマン氏によると同ホスピスに入所してくる患者のほとんどは20日以内に亡くなっているため、入所にかかる費用は皆ほぼ無料だという。

看護師が主役となるドイツのホスピスだが、しかし看護師の養成制度は依然として職業学校中心であり、その多くは病院付属の看護学校であることが多い。日本の看護師教育も以前はそうした形が多かったが、近年では米国を中心とする北米の養成制度にならい、看護師教育は4年制大学で行い、専門性の高い看護師を養成しようとしている。この点ドイツでは一般的に看護師の位置づけがいまだ低く扱われる傾向があり、案内してくれたリンネマン氏も「ドイツの医療システムは基本的に、医師を隊長にその下に看護師が置かれ、まるで軍隊のようだ」と少々自虐的に話していた。しかしだからこそ、そういう環境の中で所長に医師ではなく看護師を据えた同ホスピスの革新性と、また日本とは大きく異なるドイツにおけるホスピスの位置づけを感じたのであった。なお、同氏によると近年ではホスピスで働く看護師養成のために160時間のカリキュラムがあるという。

「最期まで人間であり続けるために (Menschen bleiben bis zuletzt)」と謳うこのヨハネ・ホスピスは、施設内もとてもゆったりしていて、壁や病室には木材がふんだんに使用され、廊下の至る所に絵画や花、植物が置かれていた。エントランス脇のホールは花とオブジェ、十数枚の抽象画で飾られており、まるでギャラリーのようである。その他喫煙室や共同のキッチンと食堂、広くて間切りもできる集会室、カトリック以外の人にも違和感を感じさせないシンプルかつモダンなチャペルもある。さらに入所者用の浴室の天井は、照明をつけると一面に青空を描いた天井絵が広がる仕掛けにもなっていた。入浴中も少しでも快適な気持ちでいてもらうためだという。



「最期まで人間であり続ける」と書かれたヨハネ・ホスピスのパンフレット

同ホスピスでは、看護師のほかに非常勤の音楽療法家と常勤のパストラルケアワーカーもいる。パストラルケアを担当している老神父が修道服姿で患者と談笑している姿を滞在中何度も目にした。ホスピス自体がまだミュンヘンでは珍しいようで、見学者がひっきりなしに訪れていたのも印象的であった。

2) 聖ヨハネ・ア・デオ・緩和ケア病棟

Palliativstation St. Jophannes von Gott

緩和ケア病棟は病院本体と廊下でつながっており、ホスピスからも中庭を通過して200メートルぐらいの距離にある。1991年に設立され、全部で25床、2人部屋が基本であった。入院の対象となる患者は、がんとAIDS、重篤な神経難病である。患者は入院する場合、病名を告知されていなければならないという。

内部の雰囲気はホスピスよりは一般病棟のそれに近いが、それでも大きな談話室があったり、誰もが利用できる喫茶室があったり、廊下には温室のように多くの植物が置かれるなど、落ち着いた環境であった。談話室はガラス張りのサンルームとなっており、ピアノや巨大な本棚も据え置かれている。そしてコーナー・テーブルの上には、ここで亡くなった患者の写真とプロフィール、患者に対する家族やスタッフの思い出が綴られた分厚いアルバムが置かれており、誰でもそれを閲覧できた。

各病室の前には生花がいけられ、誰かが亡くなった時はその生花の脇にある燭台に明かりを灯すのだという。筆者の滞在中も患者が一人亡くなられ、遺体がしめやかに病室から運び出された後、ロウソクに火が灯されていた。

この緩和ケア病棟の一つの特色でもあるのは、病棟内に在宅ホスピス (Ambulante Hospiz) 支援チームも常駐し、患者宅の訪問のほか、患者や家族からケア全般の相談を受けつけ、患者の家庭医や家族等との調整を図っていたことであった。ここでも活動の中心には看護師がおり、中でも訪問看護師 (Brückenschwester: 日本語に訳すと「橋渡し看護師」) が緩和ケア病棟と在宅ケアとを橋渡しする重要な役目を担っていた。この訪問看護師の存在により、在宅の患者も状態が悪化した場合などスムーズに緩和ケア病棟に入院でき、また同時に状況が改善すれば継続的な支援を受けながら



神の聖ヨハネ・ア・デオ・緩和ケア病棟の様子 (パンフレットより)

自宅に帰れるわけである。

今回の訪問では責任者のエマ・フックス看護師の話を開けた。けっして死を否定的に捉えることなく、患者とのたくさんの思い出を懐かしそうに語りながら、いかに「聴くこと」と「ただ傍に居ること」が困難であると同時に重要であるかを朴訥と語り、そして誰に対しても (筆者のような訪問者に対しても) 笑顔で接するその態度に、専門性を超えた彼女の人間性のようなものを感じることができた。

ドイツではこうした在宅ホスピスを支援する事業所が、入院施設を持たず在宅ケアサービスだけ提供している NPO 等も含めて 1500 か所以上存在している。がん患者の 4 割前後が自宅で亡くなっているドイツの現状を、これら在宅ホスピスが支えているのである。

終末期医療をめぐるドイツでの議論

— 患者の事前指示をめぐる —

最後に、終末期医療に関連するドイツでの最近の議論に触れておきたい。

ドイツでは 1994 年に連邦裁判所が、治療中止は個別に認めうるという判決を出し、その後ドイツ医師会は 1997 年の「医師のための職業規則」に初めて「死にゆく人に対する付き添い」を盛り込むようになった。その第 16 条「死にゆく人に対する付き添い」は「医師は、避けられない死を引伸すことが、死にゆく人に対して、期待を持てずに苦しみを延引するだけと思われる場合には、患者の意思が優先することがあるが、生命延長処置を止めて、苦痛を緩和することに限定して差支えない。医師は死にゆく人の生命を積極的に短縮させては

ならない。医師は、自分の関心だけでなく、第三者の関心も、患者の幸せよりも上に置いてはならない¹¹と定めている。

その後は、終末期での治療に関する患者の事前指示についての議論が重ねられてきた。病状等の進行にともない意思表示できなくなった場合に備えて、あらかじめ治療方針等について表明しておくことを患者の事前指示（アドバンス・ディレクティブ、ドイツ語で Patientenverfügung あるいは Patiententestament）というが、ドイツでは現在すでに 800 万人を超える市民が自らの事前指示書を所有しているといわれている（NPO の DPV [ドイツ患者の事前指示連盟] 調べ）。だが事前指示書の法的効力を担保する法律がなく、医療現場の困惑は長年続いていた。

しかし、失外套症候群に罹患した患者の世話人に指定された息子が、患者本人の事前指示にもとづいてゾンデ送管による栄養補給中止を求めた、いわゆるリューベック事件において、連邦通常裁判所が 2003 年 3 月に「人間の尊厳」からの帰結として「患者の事前指示」にもとづき延命措置を中止できるという判断を初めて示した¹²。

こうした動きを受けて多くの市民団体や病院、医師会なども現在では独自の事前指示書を作成し、配布している。文末の図はノルトライン医師会が作成した指示書だが、末期での延命措置の中止はもちろん、緩和ケアの要請や、栄養補給の是非まで幅広く指示する内容となっている。

立法側からも患者の事前指示に法的効力を与えるべきだという機運が高まりつつある。ドイツ連邦議会特別調査委員会は 2004 年 9 月に患者の事前指示に関する中間報告をまとめた¹³。その 3 年後の 2007 年 3 月には連邦議会において社会民主党（SPD）のシュトゥンカー議員を中心とする超党派の 209 人が、患者自身が変更しないかぎり事前指示書はつねに法的拘束力をもつとする法案を提出し、2008 年 6 月から審議が続いている。

しかしこの法案は、病状にかかわらずつねに事

前指示書の内容が優先されるという点で、自殺ほう助に安易につながりかねないという批判にもさらされている。そこでキリスト教民主同盟（CDU）のボースバッハ議員や SPD のレスペル議員、緑の党のヴィンクラー議員らが中心となり、2008 年 10 月に対案が提出された。その中では「人間の生命を保護する義務を放棄し、自己決定権を絶対化することについて拒否する」旨明言され、患者による事前指示は「病気の進行が不可逆的に死に至る場合にのみ」法的拘束力をともなうと修正された。この事前指示法案に対する連邦議会の採決はツィブリース連邦法務大臣（SPD）によると 2009 年春頃と予定されている¹⁴。

今回は以上のように現地視察をもとに、終末期医療をめぐるドイツの状況を、大変拙い内容ではあるが大まかにまとめた。ドイツでの議論から伝わるのは、さまざまな制約の中でも最後まで人間としての尊厳を保障し、その人が望む形で死んでゆける環境を作ろうという医療者とそれを支援する市民の思いである。当然、ドイツの議論を丸ごと日本に当てはめ討議することは難しい。なぜなら、3 時間待ちの 3 分診療といわれて久しい日本の病院と、家庭医制度のもと、一人の患者の診察に日本の数倍もの時間をかけられる状況がドイツにはある。さらには、病名の告知が当たり前のドイツと比べて、日本ではそれが十分に浸透しているとは言い切れない状況などがあるからである。しかしいずれにせよ、ドイツでの一連の議論とその動きは、他の医療先進国での議論以上にわれわれ日本社会に共通する点も多く、今後も注視して行きたいと思う。

¹¹ 岡嶋道夫訳。詳しくは岡嶋道夫「ドイツにおける医療倫理」『日本医師会雑誌 付録 医の倫理』128(3)、2002 年、および同氏が HP で公開している全訳文参照。

¹² 飯田・甲斐編『終末期医療と生命倫理』太陽出版、2008 年、33-34 頁。

¹³ ドイツ連邦議会審議会中間報告（山本達監訳）『人間らしい死と自己決定—終末期における事前指示』知泉書館、2006 年。

¹⁴ ZEIT online, Tagesspiegel, 28.12.2008.

Patientenverfügung

Mit dieser Verfügung bringe ich,

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

geboren am in

meinen Willen zum Ausdruck. Ich habe mich über die Bedeutung der Patientenverfügung informiert und bin mir der Tragweite der Erklärung bewusst. Sollte ich in einen Lebenszustand geraten, in dem ich meine Urteils- und Entscheidungsfähigkeit unwiederbringlich verloren habe und nicht mehr in der Lage sein werde, mich bezüglich der medizinischen Versorgung und Behandlung meiner Person zu äußern, erkläre ich Folgendes:

Ich möchte in Würde sterben.

☐ Sollte sich nach einer Diagnose und Prognose von mindestens zwei Fachärztinnen/Fachärzten ergeben, dass meine Krankheit zum Tode führt und mir nach aller Voraussicht große Schmerzen bereiten wird, wünsche ich keine weiteren diagnostischen Eingriffe und verzichte auf Maßnahmen der Intensivtherapie, die lediglich eine Sterbe- und Leidensverlängerung bedeuten würden.

☐ Falls ich in einen Zustand dauernder Bewusstlosigkeit durch schwere Dauerschädigung meiner Gehirnfunktionen gerate oder wenn sonst lebenswichtige Funktionen meines Körpers auf Dauer ausfallen und ein eigenständiges Leben ohne so genannte „Apparatomedizin“ nicht mehr möglich ist, verzichte ich auf eine weitere Intensivtherapie oder Reanimation.

☐ Sollten meine geistigen Funktionen so schwerwiegend und irreparabel geschädigt worden sein, dass für mich künftig kein selbstbestimmtes und kommunikationsfähiges Leben möglich ist, lehne ich es ab, dass meine Lebensfunktionen – abgesehen von ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr – mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln aufrecht erhalten werden.

Eigene Beschreibung der Anwendungssituation:
(Hier können konkrete Krankheitssituationen oder Anwendungssituationen beschrieben und Behandlungswünsche geäußert bzw. bestimmte Behandlungsmaßnahmen abgelehnt werden.)

Beschreibung der persönlichen Lebenssituation:
(z.B. allein stehend)

☐ Ich bitte die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte, mein Recht auf einen würdevollen Tod zu achten. Die ärztliche Hilfe und Behandlung in Form von ausreichender Behandlung, Medikation und Betreuung zur Leidensminderung lehne ich nicht ab. Ich setze mein Vertrauen in die Ärztin/den Arzt und in die von ihr/ihm anzuordnende Schmerzlinderung, auch wenn diese zur Bewusstseinsausschaltung oder zu nicht beabsichtigten Nebenwirkungen führt.

Fortsetzung umseitig

© Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

ノルトライン医師会の作成した患者の事前指示書。蘇生措置や疼痛緩和、栄養・水分補給などへの指示のほか、これら指示をいつから始めてほしいのか(意思表示できなくなった場合のほか、表示能力が失われつつある状態からか等)について具体的に記入できる。また、後見人や、相談してほしい人、家庭医、文書のコピーを所有している人らの名前等も記入する。

Patientenverfügung

☐ Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt soll bei der erforderlichen medizinischen Behandlung die nachfolgend genannte Vertrauensperson zur Bestätigung dieser Verfügung oder zur Ermittlung meines mutmaßlichen Willens bei unklaren Situationen hinzuziehen. (Kann, muss aber nicht ausgefüllt werden).

☐ Ich habe diese Verfügung – ihren Inhalt und ihre Konsequenzen – mit meiner Hausärztin/meinem Hausarzt bzw. meiner Ärztin/meinem Arzt des Vertrauens besprochen.

Name (der Ärztin/des Arztes)

Name, Vorname (der Vertrauensperson)

Straße

Straße

PLZ/ Ort

PLZ/ Ort

Telefon

Telefon

Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift (der Vertrauensperson)

Kopie dieser Patientenverfügung haben:

Ich habe zusätzlich eine Vollmacht für Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge erteilt.

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Bevollmächtigte/Bevollmächtigter ist:

Name, Vorname (der Vertrauensperson)

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

(1)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

(2)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Telefon

☐ Ich wünsche eine Begleitung durch ☐ Seelsorge ☐ Hospizdienst

Diese Verfügung habe ich freiwillig und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasst.

Ort, Datum Unterschrift

(Für Bestätigungen der Verfügungen zu einem späteren Zeitpunkt.)

Im Folgenden bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt meiner Patientenverfügung überprüft habe und sich mein Wille nicht geändert hat:

Ort, Datum Unterschrift Ort, Datum Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift Ort, Datum Unterschrift

© Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf